Rok XXXIV. Kraków 26. Października 1895 r. Nr. 43

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8
Telefonu Nr. 103.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam
31, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmuje:
Administracya i księgarnia
p. Krzyżanowskiego w Krakowie
nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe,
w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu
p. Adam 31, rue des Saints Pères,
w Nowym Jorku [illegible]
Broome Street.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit.

(Wykład na VII. zjeździe chirurgów polskich).

Podał
Prof. W. A. Gluziński.

Szanowni Panowie! Na wielu punktach dzisiaj chirurgia styka się tak ściśle z medycyną wewnętrzną, tak jedna od drugiej potrzebuje poparcia, iż nic dziwnego, że coraz częściej w zjazdach internistów biorą udział chirurdzy i odwrotnie, usprawiedliwionem jest, iż na zjeździe chirurgów mam zamiar zwrócić uwagę na szczegół drobny, dotyczący przedmiotu obchodzącego dzisiaj tak dobrze chirurga, jak i lekarza chorób wewnętrznych. Chcę mówić o jednym objawie, jaki zauważyłem przy pęknięciu jelita i dostaniu się treści takowego do jamy brzusznej.

Rozpoznanie w ogóle przedziurawienia jelit z jakiegokolwiek powodu powstałe, jak wiemy, nie należy do rzeczy łatwych. Łatwiejsze może ono tam, gdy dzieje się wśród spraw chorobowych, wśród których mamy zwróconą uwagę na to, n. p. wśród przebiegu duru brzusznego, trudne ono szczególnie tam, gdy występuje niespodziewanie i nagle, n. p. przy przebiciu wyrostka robaczkowego. Objawy, jak wiemy, inne będą, gdy treść jelitowa dostaje się do poprzednio otorbionego miejsca, inne, gdy do zupełnie wolnej jamy brzusznej. Tym ostatnim przypadkom chcę poświęcić słów kilka. Jednym z najcharakterystyczniejszych wtedy objawów obok zwykle w następstwie występującej sprawy zapalnej, to wydostawanie się gazów jelitowych, które sprowadzają nam silne wzdęcie brzucha. Odróżnienie jednak tego *meteorismus alvi* od *meteorismus intestinalis*, jaki towarzyszy rozwijającej się w takich razach sprawie zapalnej lub też będący wynikiem sprawy chorobowej, która dała powód do przebicia n. p. dur brzuszny, nastręcza trudności. Uciekamy się w takich razach do badania, czy stłumienie wątroby zwłaszcza w okolicy pachowej nam znikło, czy kształt brzucha jest jednostajny bez zarysowanych na powłokach brzusznych rozdętych pętli jelit, a przytem zwracać należy uwagę na szczegół, który oddał mi nieraz ważne usługi, t. j. badać, o ile szmery oddechowe, tony sercowe są słyszalne przy przyłożeniu ucha na powłoki brzuszne. W stanie prawidłowym tony sercowe, szmery oddechowe są, co najwyżej, słyszalne w okolicy rozdętego żołądka; przy *meteorismus alvi*, przy obecności gazów w jamie brzusznej słyszymy je niżej, a w jednym przypadku pęknięcia wrzodu tyfusowego słyszałem je dokładnie, szczególnie tony sercowe poniżej pępka i to z pewnym podźwiękiem metalicznym. Nie mniej ważnem zdaniem mojem może być objaw, stwierdzamy przy opukiwaniu n. p. klatki piersiowej lub brzucha i równoczesnem osłuchiwaniu pewnej okolicy brzucha, stwierdzony wtedy podźwięk metaliczny słyszalny zdala od miejsca opukiwanego. Objawy te zyskują na znaczeniu, gdy występują one przy równoczesnem, dość nagłem powiększeniu rozmiarów brzucha, jak to miałem sposobność przypadkowo stwierdzić w przypadku następującym.

U mężczyzny lat 52, zdrowego i silnego poprzednio, wystąpił nagle ból w okolicy kiszki ślepej z nudnościami, wymiotami, zaparciem stolca. Badanie przy brzuchu bardzo mało wzdętym wykazało bolesność znaczną, ale ograniczoną, w samym dole brzucha po prawej stronie tuż po zewnętrznej stronie kiszki ślepej. Sama okolica kiszki ślepej i wstępującej przy obmacywaniu tkliwa, ale mniej, niż wspomniane wyżej miejsce. Rozpoznałem *apendicitis*, względnie *periapendicitis*. Po zastosowaniu miejscowego upustu krwi, okładów lodowych, opiatów, poprawa nagłych objawów. W drugim dniu jednak już stan gorączkowy, tętno przyśpieszone, koło 100 uderzeń na minutę wynoszące, miejscowe objawy te same, wyraźnie ograniczone do miejsca poprzednio opisanego, wymioty rzadkie. Mimo mego zakazu chory wieczorem tegoż dnia zeszedł z łóżka dla oddania stolca, stanąłem przy łóżku chorego właśnie w chwili, gdy co dopiero po odbyciu tego aktu ułożył się napowrót. W kilka minut stał się chory niespokojnym, zwraca uwagę, że się w brzuchu „coś stało“,

a obserwując brzuch chorego byłem świadkiem, jak w przeciągu $1/2$ godziny rozmiary takowego wzrastały, jak znikały zarysy jelit, które poprzednio czułem przy obmacywaniu. Bladość twarzy, pot na czole, utrudniony oddech wskutek wyparcia przepony, przyśpieszenie i osłabienie tętna, obok fizycznych objawów opisanych poprzednio, dostatecznie wskazywało na przyczynę całego stanu. Odbyta narada z kolegą chirurgiem tego samego wieczora, przeznaczyła dzień następny na odbycie operacyi. Rano jednak dnia następnego obraz chorego przedstawił się nieporównanie lepiej; objawy zapadu towarzyszące przypuszczanemu przebiciu jelita i dostawaniu się gazów do jamy otrzewnowej ustąpiły znacznie, wejrzenie twarzy znacznie swobodniejsze. Brzuch nieco mniejszy. Bolesności żadnej z wyjątkiem w ograniczonem miejscu po stronię prawej a co najważniejsza, tętno przyśpieszone od początku choroby, tętno miękkie i liczne wieczorem dnia poprzedniego stało się pełniejsze a co do liczby znacznie spadło do 70—72 uderzeń na minutę mimo podwyższonej ciepłoty do 38° C.

To zachowanie się tętna, ta poprawa jego, wobec nalegań chorego i rodziny, zachwiała w postanowieniu odbycia natychmiastowej operacyi, nasunęła bowiem pewne wątpliwości rozpoznawcze. Nagłe powstanie wzdęcia brzucha w przeciągu $1/2$—1 godziny nie mogło bowiem być dostatecznem *criterium*, że gazy dostały się do wolnej jamy brzusznej, wzdęcie brzucha bowiem równie nagle powstać może. Nie mówiąc już o wzdęciu jelit na tle histeryi, byłem świadkiem powstania takiego nagłego wzdęcia po przełomie n. p. ciężkich zapaleń płuc, groźnych w objawach dla chorego. Objawy fizyczne, zniknięcie stłumienia wątroby i brak konturów kiszek i t. d. stanowiące wśród danych stosunków najważniejsze poparcie rozpoznania postawionego, zbałamucone tu zostały względną poprawą stanu chorego a co najważniejsza, dziwną poprawą tętna. Szczegół, o którym chciałbym właśnie słów kilka powiedzieć. Zbałamucony, wyraziłem się, bo błędem było w tym przypadku, żeśmy ewentualną operacyę odsunęli, już bowiem po południu rozpoczęły się te charakterystyczne dla *peritonitis* wyrzucania treści żołądkowej a wieczorem wizyta stwierdziła zupełną zmianę obrazu, bo obraz zapadu wzmagającego się z godziny na godzinę tak, że chory nad ranem życie zakończył.

W przypadku opisanym zatem, objawy fizyczne dały, co dać mogły, nagłe powstawanie bębnicy nie decydowało, ale popierało takowe, przebieg zresztą potwierdził słuszność pierwszego rozpoznania. Dlaczego jednak nastąpiło to zwolnienie tętna w porównaniu do poprzedniego, zwolnienie trwające kilkanaście godzin, które szybko ustąpiło miejsca stanowi wprost odwrotnemu, bo szybko rozwijającemu się śmiertelnemu zapadowi?

Pytanie to tembardziej zasługuje na uwagę, że jak dotąd, miałem je sposobność obserwować jeszcze w dwu przypadkach, raz po przebiciu wrzodu tyfusowego, raz również przy przebiciu wyrostka robaczkowego.

Objaw zdaniem mojem nieodosobniony a ważny, jak się postaram wykazać, bo postępujący w związku z dostawaniem się treści jelitowej do wolnej jamy brzusznej, poprzedzający szybkie rozwinięcie się ogólnej *peritonitis septica*. Przypadki te bowiem dały mi powód do zastanowienia się nad źródłem i przyczyną tego objawu. Kazały mi badać, zkąd to zwolnienię tętna w pierwszych godzinach po dostaniu się treści jelitowych do jamy brzusznej pochodzić może.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z Zakładu higienicznego w Krakowie.

Doświadczenia nad rozpoznaniem gruźlicy u bydła za pomocą tuberkuliny.

Podał
O. BUJWID.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

W obu tych przypadkach mieliśmy do czynienia z świeżemi zmianami gruźliczemi, które inną drogą rozpoznane być nie mogły i tylko dzięki tuberkulinie zostały wykryte. Że ogniska te były świeże, na to wskazuje przedewszystkiem w pierwszym przypadku niemożność znalezienia bakteryj, drobna zaś ilość zarazka wykryta pod mikroskopem w drugim. Jedynie szczepienie na świnkach morskich wykonane potwierdziło naocznie w całej pełni rozpoznanie tuberkuliną zrobione. O ile takie kontrolujące szczepienie na świnkach jest ważnem w razach wątpliwych, wskazuje doświadczenie wykonane z gruczołami oskrzelowemi i ogniskiem w płucu znalezionem u Borówki. Ani gruczoły ani ognisko serowate nie były przekrwione pod wpływem tuberkuliny, co zwykle bywa, gdy w ognisku znajduje się żywy, mnożący się zarazek gruźlicy. Istotnie szczepienie na świnkach potwierdziło nieobecność żywego zarazka w tych gruczołach. Jeszcze poważniejsze wyniki dała kontrola na świnkach morskich w trzecim i czwartym przypadku sekcyi, starych krów Osy i Gwiazdy, które nie reagowały pod wpływem tuberkuliny a należały ze względu na pewne objawy: kaszel, wychudnienie, oddech pęcherzykowy, do podejrzanych.

Po zabiciu okazała się u Osy silna motylica *(distomatosis)* wątroby; kanały żółciowe były przepełnione żywemi motylicami w ogromnej liczbie. Przy drobiazgowem oglądaniu płuc pokazało się, że w jednem była drobna jama o gładkich ścianach, połączona z oskrzelem i wypełniona śluzem. Żadnych śladów przekrwienia naokoło nie było. Zdawałoby się zatem, że obecność takiej kawerny, zresztą o wejrzeniu rozszerzonego oskrzela z zastoiną śluzową, może wskazywać na dawniej przebytą sprawę gruźliczą.

Należało zbadać, czy treść owej jamy w płucu, gęsty brunatnawy śluz, zawiera żywy zarazek gruźliczy, co też uskuteczniłem. Po przybyciu do zakładu poddałem śluz badaniu mikroskopowemu, którego wspólnie ze mną dokonali asystent Dr. Kaczyński i pp. medycy Kaczkowski i Maziarski. Zarazka nie wykryliśmy pomimo troskliwego badania. Cząstki śluzu zaszczepiono 2 świnkom morskim; obie pozostały zdrowe. Wynik ten nadzwyczaj ważny praktycznie wskazuje, że osobniki pozornie chore a nawet po przebyciu sprawy gruźliczej, jeżeli nie zawierają żywego zarazka, nie dają tuberkulinowej reakcyi.

Podobne wyniki otrzymaliśmy również u Gwiazdy Sztuka ta 5-latka krowa, wychudzona, kilkakrotnie stanowiona niema cielęcia, wreszcie ma jedno niedorodne, które po zabiciu pokazało się jednak zdrowem. Po dwukrotnem wstrzyknięciu tuberkuliny w 2 miesięcznym odstępie czasu żadnej reakcyi.

Po zabiciu w dniu 6. Czerwca w 18 godzin po drugiej dawce tuberkuliny, pokazała się również motylica wątroby wysokiego stopnia. Prócz tego w prawym szczycie dwie jamy

o gładkich ścianach, wypełnione żółtawą śluzo-ropą, w wątrobie jedno, drobne, zwapniałe ognisko serowate. Żadnego przekrwienia koło ognisk w płucu i wątrobie nie było.

Zaszczepiono śluzem z jam płucnych dwie świnki morskie, treścią ogniska w wątrobie jedną. W miejscu szczepienia uformowały się guziki, które około miesiąca przetrwały. Zwierzęta pozostały do obecnej chwili, t. j. przeszło 2 miesiące zupełnie zdrowe bez śladu gruźlicy.

Z doświadczeń tych możemy zatem już obecnie wysnuć poważne wnioski praktyczne. Przedewszystkiem otrzymujemy reakcyę u zwierząt z tak drobnemi zmianami, że inaczej pozostałyby one niewykryte. Następnie osobniki pozornie podejrzane, na które skierowaną zostaje cała uwaga hodowcy, zastósowana izolacya, desinfekcya i t. p. mogą być zdrowe i zarazy nie szerzą, gdy tymczasem rola roznosiciela zarazka przypada właśnie sztukom pozornie zupełnie zdrowym, o kwitnącem zwykle wejrzeniu. Następnie w hodowli bydła rozpłodowego jest bardzo ważnem, ażeby buhaj był zdrowy, gruźliczy bowiem osobnik może szerzyć gruźlicę w całem otoczeniu.

Po zastósowaniu tuberkuliny odrazu można wyłączyć sztuki gruźlicze do innej obory; prosty ten sposób wystarczy do uchronienia bydła od gruźlicy, gdyż, jak wynika z licznych doświadczeń, mianowicie przez Nocarda uskutecznionych, gruźlica szerzy się najbardziej przez bezpośrednie zbliżenie się. Najgorzej oddziaływa gruźliczy osobnik, gdy stoi naprzeciw osobnika zdrowego i kaszląc wprost przerzuca zarazek do narządu oddechowego. Ztąd ta przeważna ilość ognisk w płucach.

Po dokonaniu takiej izolacyi i desinfekcyi żłobu za pomocą obfitego wybielenia świeżo gaszonem wapnem możemy być pewni, że zdrowe sztuki nie ulegną zarażeniu, jeżeli oczywiście inne czynniki również pominięte nie będą a mianowicie, jeżeli służba obory nie przedstawia osobników gruźliczych; często bowiem człowiek szerzy gruźlicę przez pośrednictwo wydzielanej przez siebie plwociny.

Sztuki usunięte, jako zakażone, powinny być utuczone i następnie na rzeź przeznaczone. Przy dobrem odżywianiu gruźlica przez długi czas zostaje umiejscowioną i nie szerzy się na inne narządy, ani na mięśnie, które pozostają zdrowe i do użytku zdatne. Tuberkulina w tym razie nie tylko nie wpływa na rozejście się zarazka po ustroju, ale, mianowicie jeżeli ogniska są drobne i świeże, jak mię o tem liczne, poprzednie próby przekonały, stanowczo oddziaływa na ich dokładniejsze umiejscowienie. Wywołuje ona bowiem około ogniska świeżą sprawę zapalną, która skutkiem nagromadzenia się limfocytów tworzy rodzaj ściany oddzielającej ognisko od tkanki zdrowej.

Tylko u sztuk z bardzo silnie rozwiniętą i już uogólnioną gruźlicą tuberkulina, nieostrożnie w większej dawce zastósowana może wywołać szybkie rozszerzenie się sprawy. Dla tego to tuberkuliny nie należy wstrzykiwać sztukom o bardzo rozwiniętej sprawie gruźliczej, lub też rozpoczynać wstrzykiwanie od bardzo małej dawki.

W ogólności stósując tuberkulinę, gdy nie znamy jeszcze stosunków obory, ani nie wiemy, jak dalece jest rozpowszechniona gruźlica, i czy nie jest zbyt uogólnioną, należy z początku wykonać szczepienie próbne na kilkunastu sztukach, wstrzykując na raz nie więcej nad 0·1 tuberkuliny. Dopiero, gdy się przekonamy, że ta ilość nie daje reakcyi, powinniśmy wstrzykiwanie powtórzyć, stósując na ten raz większe ilości.

Obecnie PP. Wiktorowie mają zamiar każdą nowa sztukę do obory wprowadzaną próbować tuberkuliną, jak również nie będą wypuszczać z obory sztuk do rozpłodu przeznaczonych bez poprzedniego wypróbowania pod względem gruźlicy.

Jest to przykład do naśladowania dla wszystkich poważniejszych hodowców. W ten sposób można będzie z pewnością usunąć z obór naszych plagę gruźlicy, która grozi ruiną dla większości naszych gospodarstw rolnych.

Sposób ten powinien przedewszystkiem być zastósowany w oborach zarodowych, przez kraj popieranych. Tymczasem dotąd mamy przykłady odmienne, mianowicie, że osobniki zakupywane z zagranicy do rozpłodu są zarażone gruźlicą; odpowiedni przypadek mamy w tej chwili w obserwacyi.

Poniżej przytaczam tabliczkę przedstawiającą ciepłotę jednej partyi badanych zwierząt, mianowicie krów, cielat i świń pod wpływem tuberkuliny. Krowy otrzymały po 0·3—0·4, cielęta po 0·3, świnie po 0·2 tuberkuliny mego wyrobu. Ciepłota u krów i cieląt mierzona w 12—18 godzin, u świń w 9 i drugi raz w 12 godzin po szczepieniu. Podwyższenie się temperatury o 0·5—1° C. wskazuje podejrzenie, podwyższenie zaś na 1·5 i wyżej daje pewność gruźlicy.

Krowy					
Nr. 1.	38·8—38·[illegible]	Nr. 18.	38·7—38·6	Nr. 36.	38·8—38·4
2.	39·2—38·8	19.	38·9—38·8	37.	38·6—38·5
3.	39·0—39·0	20.	39·6—38·6	38.	38·7—38·8
4.	39·2—38·4	21.	39·2—38·9	39.	38·8—38·8
5.	38·8—38·7	22.	39·0—38·4	40.	38·9—38·6
6.	39·0—38·8	23.	38·7—39·4	41.	39·2—38·8
7.	39·9—38·6	24.	38·8—38·4	42.	38·9—38·7
8.	39·2—38·7	25.	38·7—38·4	43.	38·9—38·5
9.	38·8—38·8	26.	38·7—38·2	Cielęta	
10.	38·7—38·5	27.	38·5—40·3	Nr. 1.	39·3—39·0
11.	38·[illegible]—39·[illegible]	28.	38·8—38·5	2.	39·1—39·7
12.	38·7—38·3	29.	38·9—38·6	3.	39·3—39·1
13.	39·0—38·1	30.	38·6—38·6	4.	39·0—38·9
14.	38·8—39·9?	31.	39·0	5.	38·7—38·4
15.	38·8—38·2	32.	39·2	6.	39·1—39·0
16.	38·7—38·7	33.	39·0—38·7	7.	39·1—38·8
17.	38·7—38·9	34.	39·1—38·6	8.	38·9—39·8
		35.	38·3—38·5	9.	39·1—38·9

Cielęta				Świnie	
Wesoła	Nr.	I.	39·1—39·5	I.	39·[illegible]—41—41·[illegible]
Zgoda	„	II.	39·8—40·5	II.	39·[illegible]—39·[illegible]—39
Jagoda	„	III.	39·[illegible]—39·[illegible]	III.	39·2—38·6—39·7
Hoża	„	IV.	39·[illegible]—40·[illegible]	Kulawa	39·1—39·4—39

W mleku żadnej z tych krów gruźliczych nie znalazłem bakteryj gruźliczych ani bezpośrednio, ani za pomocą szczepienia świnkom morskim. Wprawdzie wymiona wszystkich tych krów były zdrowe, a o ile się zdaje, tylko tak z chorych na gruźlicę wówczas zarazek przechodzi do mleka. Doświadczeń takich nad mlekiem krów gruźliczych robiłem ze świnkami morskiemi 30 z wynikiem ujemnym. Powtórzyło się tutaj to samo, co już w dawniejszych swoich doświadczeniach zauważyłem: w mleku zarazek gruźliczy nie często znaleść można.

1. Diagnostique précoce de la phtisie. Revue Internationale de Medecine Nr. 13. r. b.

2. Nocard: Prophylaxie de la tuberculose bovine. 3. Congres de la tuberculose. Streszczenie w *Przegl. lek.* Nr. 6. z r. b.

3. Królikowski: Rozpoznanie gruźlicy. *Przegl. weterynarski* 1893.

4. Walentowicz: Mleko i gruźlica. *Przewodnik higieniczny* Nr. 6. 1895. r.

5. Bujwid: *Gazeta lekarska* Nr. 4. i 30. 1891.
— Archives de Médecine expérimentale. 1892.
— Centralblatt für Bacteriologie T. XVI. Nr. 22.
— *Przegląd lekarski* Nr. 49. 1894.

III. Sześć przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeżenia i uwagi.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. dnia 19. Czerwca 1895 r.

Przez

Prof. Dra Henryka Jordana.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Przypadek IV. (z praktyki domowej). Pani K., lat 25 licząca, od 5 lat zamężna, nie rodziła, nie roniła, ani nie chorowała ginekologicznie. Ostatnią prawidłową regularność miała w połowie Stycznia b. r.; w Lutym nie miesiączkowała, dopiero w połowie Marca pojawiła się znowu krew i odtąd pojawia się codziennie, acz nie w wielkiej ilości, co obok bólów silnych i przeszywających w boku lewym, powtarzających się jednak nie często, skłoniło pacyentkę do szukania u mnie porady w pierwszej połowie Kwietnia b. r. Znalazłem naówczas u osoby drobnej, ale dobrze odżywionej w sutkach klej w małej ilości, zrazy gruczołów mlecznych dobrze wyczuwalne, brzuch płaski i niebolesny, nad lewą pachwiną opór niewyraźny, przedsionek żywo zaczerwieniony, pochwę pulchną, podobnie i część pochwową, prawidłowo ustawioną; trzon macicy był powiększony odpowiednio do 6—8 tygodniowej ciąży, ku przodowi nagięty i głęboko w miednicy ułożony (*retropositio*). Przed macicą i nieco na lewo znajdował się guz wielkości małego jabłka, okrągły, bolesny, łatwo ruchomy, zwłaszcza ku stronie lewej, miękkawy, ale niedający uczucia elastyczności. Po prawej stronie części dodatkowe prawidłowe.

Na podstawie tego wyniku badania i wywiadów rozpoznałem ciążę trąbkową lewą; powiedziałem więc pacyentce, że jest poważnie chorą, poleciłem jej udać się natychmiast do domu i położyć do łóżka, zapowiedziałem jej wreszcie odwiedziny mego asystenta, p. Dra A. Rosnera, którego prosiłem, by się jak najrychlej z mężem pacyentki zobaczył i jemu potrzebę operacyi wyjaśnił.

Poraz wtóry widziałem i zbadałem chorą 19. Kwietnia, t. j. w 12 dni po pierwszem badaniu; przekonałem się przytem, że w stanie pacyentki zaszły ważne zmiany. Macica powiększyła się wyraźnie, ale zwiększył się i guz, oraz zmienił swoję postać i swe położenie. Znajduje się on teraz całkiem przed macicą i składa się wyraźnie z dwóch części; jedna okrągła wielkości mandarynki, leży więcej na lewo i przechodzi wyraźnie ku stronie lewej w trąbkę lewą niezgrubiałą, ku prawej zaś stronie w drugą część guza, która jest walcowatą, szeroką, jak miernej grubości kiełbaska i kończy się wolno.

Potwierdziwszy rozpoznanie, zrobione za pierwszem widzeniem pacyentki, nalegałem na operacyą, którą też wykonałem 22. Kwietnia w zakładzie Dra S. Brauna po uśpieniu chorej chloroformem. Narkoza jednak nie była łatwa i przed rozpoczęciem operacyi wystąpił szereg bardzo gwałtownych odruchów wymiotnych, na które poniżej się powołam. Ułożenie chorej podług Trendelenburga na koźle Fritscha; cięcie brzuszne, nie dochodzące do pępka. Zaraz po otwarciu otrzewny uderzyło mnie to, że w jamie brzusznej znajduje się krew ciemna, ale w niewielkiej ilości; zresztą wykazuje badanie naoczne, że w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem leży przed macicą powiększoną prawie na 3 miesiące ciąży guz sino czerwony, miękko-elastyczny, ruchomy i postaci takiej, jak wyżej opisano i jak wskazuje dołączona rycina (fig. 2). Guz ten wychodzi z trąbki lewej i zajmuje jej część kielichową, rozdętą, gdy część trąbki bliżej macicy jest zupełnie prawidłowa i przechodzi od guza łukowato ku tyłowi do rogu lewego macicy. Ujście brzuszne trąbki tej stanowi koniec guza i przedstawia otwór wielkości grochu; otwór

Fig. 2. *).



ten wypełniony jest ciałem miękkiem (*g*), barwy wiśniowej, niby skrzepem krwi. Na szczycie okrągłej części guza widać dziurę (*o*), wielkości pół centa, z której sterczą ku zewnątrz kosmki łożyskowe; brzegi zaś tego otworu okazują cechy zupełnie świeżej, słabo broczącej rany. Lewy jajnik i prawe *adnexa* są prawidłowe.

Przy pomocy igieł Dechampa i grubego jedwabiu podwiązałem guz w *mesosalpinx* i odciąłem od zdrowej części trąbki i od więzadła szerokiego a widzialne na przekroju naczynia podwiązałem osobno cienkim jedwabiem. Po przerwaniu kilku luźnych zrostów w jamie Douglasa i oczyszczeniu jamy brzusznej z krwi zamknąłem jamę brzuszną.

Przebieg pooperacyjny idealny. Dziesiątego dnia zdjęto szwy; rana zagojona doraźnie, pacyentka wyszła z zakładu zupełnie zdrowa.

Tu wspomnieć muszę, że w dwa dni po operacyi odszedł z macicy podczas miernego krwawienia i małych bólów duży strzęp grubej tkanki, niby odlew dokładny jamy macicy; jest to cała błona doczesna macicy z wszystkiemi cechami sobie właściwemi.

Badanie samego guza, uzyskanego przez laparotomię okazuje niektóre tak ciekawe szczegóły, że je szerzej opisać muszę.

Przecinając guz od miejsca pęknięcia do otworu brzusznego trąbki, spostrzegliśmy, że jajo płodowe rozwijało się w większej, okrągłej części guza, która jednak obecnie nie zawiera ani wód ani płodu, lecz tylko łożysko, przeważnie już odklejone i podminowane znaczną ilością krwi. Część łożyska sterczy, jak już wspomniano, do jamy brzusznej przez szczelinę, która powstała w skutek pęknięcia guza. Druga część guza kiełbasowatą wypełnia szczelnie ciało płodu 3 miesięcznego, który nóżkami zwrócony jest ku łożysku a główką ku ujściu brzusznemu trąbki. Ułożenie płodu jest prawidłowe; jest on kabłąkowato zgięty i końcem główki ugrzązł w ujściu brzusznem trąbki; ciało bowiem owe sino-czerwone, które z ujścia tego sterczy, nie jest niczem innem, jak obrzękiem poprzedzającym, najwyraźniejszem przedgłowiem, usadowionem na lewej kości ciemieniowej, jak to dołączona figura 3. przedstawia. Czaszka odpowiednio temu jest wierna miniaturą czaszki donoszonego dziecka, która zmieniła swoję postać pod wpływem długiego porodu w położeniu czaszkowem drugiem i nosi na sobie wielkie przedgłowie. Pod tym względem, o ile znaną mi jest literatura, jest ten nasz przypadek unikatem.

Mamy przed sobą poronienie trąbkowe, uchwycone *in flagranti*, w końcu pierwszego ustępu drugiego okresu porodowego, w którym główka przez wąską i mało podatną

*) Fig. 2.: *m.* macica, *tr. l.* trąbka lewa, *u u.* brzeg ujścia brzusznego tej trąbki, *g.* przedgłowie płodu, *o.* otwór w szczycie guza.

szparę przesuwać się na zewnątrz zaczyna. Okrągła, większa część guza, obejmująca łożysko z błonami i pozałożyskowy wylew krwi odpowiada macicy, część zaś węższa trąbki przewodowi rodnemu z wąską szparą sromną, która płodowi szybko wysunąć się na zewnątrz nie pozwoliła i defiguracyą główki wywołała. Z obserwacyi pacyentki wynika, że to poronienie trąbkowe powoli się odbywało. Jak wyżej bowiem wspomniałem, znalazłem podczas drugiego badania guz nie tylko znacznie powiększony, ale także w postaci swej zmieniony a w czasie między pierwszem mojem badaniem a drugiem doznawała pacyentka po kilkakroć bardzo dolegliwych bólów kurczowych; do nich sprawę poronienia odnieść należy, gdyż najprawdopodobniej były one objawem skurczów mięśni trąbki, które wywołały najpierw pęknięcie błon a następnie wypchały płód do obwodowego końca trąbi; one sprowadziły też odklejenie łożyska z następowem wylaniem się dość znacznej ilości krwi. Krew ta nie mogła odpływać przez ujście brzuszne do jamy otrzewnowej, albowiem drogę tę zatykało ciało płodu szczelnie, musiała się więc w trąbce nagromadzać i wytworzyć t. zw. krwiak trąbki *(haematoma tubae)*.

Fig. 3.



Co się tyczy pęknięcia trąbki, to zdaniem mojem nastąpiło ono w początku narkozy podczas gwałtownych ruchów wymiotnych. Za tem przemawia obok braku objawów podmiotowych u pacyentki w ostatnich dniach przed operacyą, mała ilość krwi znalezionej w jamie brzusznej, (bo ledwo kilkadziesiąt gramów) i broczenie z brzegów widocznie świeżej rany. Niezwykłem w tym przypadku jest jeszcze to, że pękła trąbka w miejscu pierwotnej siedziby całego jaja, aczkolwiek ciało płodu tę część trąbki już opuściło. Widocznie jeszcze przed pęknięciem błon płodowych musiała ściana tej części trąbki *ad maximum* być zcieńczałą i w stanie tym pozostawała w skutek nagromadzenia się w niej krwi tak, że silniejsze i nagłe wstrząśnienia, połączone ze zmianą ciśnienia śródbrzusznego wystarczyły do ostatecznego jej przerwania. Co ruchy wymiotne na kilka minut przed operacyą zrobiły, dokonać mogły lada chwila rozmaite ruchy czynne pacyentki. Okazało się zatem, że operacya była dla zdrowia pacyentki potrzebną i że dłuższe odwlekanie z nią byłoby mogło pacyentkę na bardzo poważne narazić następstwa.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Rozprawy nad surowicą przeciwbłoniczą na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Lubece.

Podał

Dr. Jan Raczyński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

W dalszym ciągu swego wykładu zastanawia się Heubner trochę szerzej nad temi przypadkami, w których po przejściu pierwszego okresu choroby nie nastaje powrót do zdrowia, lecz wytwarza się pewien stan przejściowy a dla chorego bardzo groźny, trwający nieraz kilka tygodni. I tak widział on, że czasami w przypadkach, gdzie stósowano surowicę, gdy błony ustąpiły i badaniem bakteryologicznem już nie można było wykazać prątków Löfflera, mimo to dzieci do zdrowia nie przychodziły, lecz pozostawały jeszcze przez kilka tygodni w niebezpieczeństwie życia, znacznie osłabione, smutne, wzbraniając przyjęcia pokarmu, przy słabem i wolnem tętnie, wreszcie albo powoli zdrowie odzyskiwały albo ginęły wśród objawów porażenia serca. Ten stan, który niektórzy tłómaczą następowem zakażeniem ustroju paciorkowcem, wyjaśnia H. w zupełnie odmienny sposób, mianowicie opiera się w tłómaczeniu swojem na analogicznych objawach u zwierząt po wstrzyknięciu im jadów błoniczych i uważa stan ten za przewlekłe zatrucie ustroju toksynami czyli za *marasmus* błoniczy.

Wyniki immunizowania czyli wstrzykiwania u dzieci niedotkniętych jeszcze błonicą a wystawionych na zakażenie celem uchronienia ich, jakkolwiek dotąd dosyć szczupłe, przedstawiają się również korzystnie; w tym celu wstrzyknięto surowicę 64 dzieciom (średnio po 150 — 200 jednostek immunizacyjnych), przebywającym w oddziale szpitalnym (*Charité*). Żadne z tych dzieci nie poniosło z wstrzyknięcia żadnej szkody; dwoje z nich mimo wstrzyknięcia podpadło błonicy, gdyż wstrzyknięto, zdaje się, już w chwili rozwijania się błonicy. Jedno z tych dzieci immunizowanych zapadło na błonicę po upływie 5 tygodni od wstrzyknięcia a ztąd i wniosek, że uodpornienie wystarcza tylko na kilka tygodni. Doświadczeń tych nie uważa H. za dostateczne, aby wydać o nich sąd stanowczy; w każdym razie jednak poczynione spostrzeżenia przemawiają za dalszem ich wykonywaniem.

Obok wstrzykiwania pozostał H. wiernym swoim poglądom i swojej dotychczasowej terapii a więc poleca, o ile możności, jak największy spokój, wewnętrznie w dławcu i skąpej wydzielinie *natrium jodatum*, w razie słabej akcyi serca *liquor ammonii anisatus*, w razie większej *bronchitis* benzol w dużych dawkach, wreszcie przy wytwarzaniu się objawów dławca zawijania (sposobem Paulego), celem wywołania potów, w braku apetytu sztuczne żywienie sondą; zarzuca natomiast wszelką terapię miejscową gardła.

Prawdopodobieństwo działania swoistego surowicy, tak kończy H. swój wykład, zyskuje w moim przekonaniu coraz więcej pewności.

Nie tak stanowczo wyraził swoje przekonanie drugi sprawozdawca, Soltmann z Lipska. Oświadczywszy z góry, że jest zwolennikiem stosowania surowicy, bo za nią dobitnie przemawiają dotychczasowe wyniki, nie może pominąć pewnych wątpliwości, pewnych ciemnych stron całej tej kwestyi dotyczącej błonicy, które czekają dopiero wyjaśnienia. I tak zdaniem S. choroba wywołana w laboratoryum na zwierzęciu przez wstrzyknięcie hodowli prątka błoniczego niezupełnie odpowiada błonicy u człowieka; błonica jest zakażeniem mięszanem, w którem biorą udział obok prątka Löfflera także inne prątki a ciężkość i postać błonicy zależą od rodzaju zakażenia. Nie znamy także zdaniem S. czasu wylęgania się błonicy, nie umiemy objaśnić pewnych objawów. Również wyraża S. przekonanie, że i liczb przytaczanych obecnie na poparcie korzystnego wyniku leczenia nie można brać bezwzględnie w rachubę, gdyż dawniej wychodzono w rozpoznawaniu z innego pojęcia błonicy, nie na wszystkie objawy zwracano tak uwagę, jak to my dziś czynimy.

Wyniki leczenia osiągnięte przez S. są wogóle nader korzystne a najwięcej widoczne są one w leczeniu dławca. S. stracił ze swoich chorych na dławiec i intubowanych tylko 23%, gdy dawniej tracił ich 68%; jeszcze lepszy procent uzyskał Ganghofner, ma bowiem tylko 13% śmierci.

S. zauważył podobnie, jak inni szybkie ustępywanie błon, chociaż w niektórych przypadkach mimo wstrzyknięcia jeszcze tworzyły się świeże błony dalej w gardle a nawet zstępowały do krtani i tchawicy. Szybkość odpadania błon zostaje zdaniem S. w pewnym stósunku do czasu, w którym

wstrzyknięto a mianowicie, im wcześniej wstrzyknięto, tem rychlej odpadały błony.

Korzystny wpływ surowicy na przebieg gorączki nie zawsze bywał bardzo widoczny; częściej spostrzegano natomiast zwolnienie tętna; w okresach końcowych przed śmiercią wynosiło tętno 42 a nawet mniej.

Surowica nie ma wpływu na zapalenie nerek i białkomocz, niema także wpływu na porażenia pobłonicze.

S. oświadcza wyraźnie, że dla stosowania surowicy niema przeciwskazania, a jeżeli nas wogóle coś może wstrzymywać od stosowania większych dawek, to tylko obecność w surowicy kwasu karbolowego.

W końcu wykładu przemawia S. jeszcze za stosowaniem miejscowych środków obok wstrzyknięcia surowicy a kończy zdaniem, że surowica nie jest lekiem swoistym dla błonicy.

W dyskusyi zabrał głos tylko jeden profesor Behring i utrzymywał, że dodatek kwasu karbolowego do surowicy jest koniecznym. Kwas karbolowy jest jedynym środkiem, który we wszystkich okolicznościach zachowuje swoje własności odwietrzania, gdy tymczasem nie mają tej własności dodawane przez Aronsona trykresole. Również i Roux odstąpił od pierwotnego dodawania kamfory, bo nie odpowiadała ona koniecznym warunkom antyseptyki. Dotychczas wypotrzebowano z fabryki w Höchst, zostającej pod kontrolą Behringa 400,000 dawek surowicy a mimo to nie doniesiono mu ani razu, aby surowica przyniosła choremu szkodę. Pozostanie więc przy kwasie karbolowym tem bardziej, że, jak to już oświadczył w swoim wykładzie, udało się mu wspólnie z Erlichem do tego stopnia wzmocnić surowicę, że dawka składników skutecznych surowicy, zawarta dzisiaj w 10 cm³ surowicy, mieścić się będzie już w 5 cm.³ lub w jeszcze mniejszej ilości.

Szersze poglądy na sprawę leczenia chorób za pomocą przyrządzonych stósownie surowic rozwinął już Behring podczas pierwszego, ogólnego posiedzenia zjazdu w swoim odczycie p. t. *Ueber die Heilserumfrage.* W odczycie tym omawia przedewszystkiem sprawę surowicy błoniczej a to na podstawie danych, udzielonych sobie przez lekarzy surowicę stosujących; wychodząc więc z założenia, że surowica, jak to stwierdzili prawie wszyscy doświadczający, wpływa skutecznie na przebieg błonicy, stara się wykazać bezzasadność stawianych surowicy zarzutów. I tak cyfrom statystycznym, wziętym ze szpitali berlińskich, przemawiającym tak wybitnie na korzyść surowicy, zarzucono, że obecnie stosunkowo daleko więcej chorych na błonicę leczy się w szpitalu, że chorzy ci dawniej leczyli się w domu i również zdrowieli bez surowicy. Behring udowadnia cyframi, z urzędowego źródła pochodzącemi, że zarzut ten jest niesłuszny, gdyż w r. 1894/5 leczono w szpitalach berlińskich 52·9% chorych na błonicę, gdy w roku poprzednim procent tych chorych był większy i wynosił 55·9.

Dobre wyniki leczenia błonicy surowicą w ciągu tego roku naprowadziły przeciwników jej na myśl, że rozchodzić się tu może o wyjątkowo słaby *genius epidemicus* w tym roku. Tymczasem na podstawie odpowiednich liczb udowodnić można, że i ten zarzut jest niesłuszny, gdyż liczba zachorowań na błonicę była w tym roku znacznie większa, co przemawia za złośliwością epidemii, wreszcie, że śmiertelność z błonicy w jednym ze szpitali berlińskich (*Bethanien*), gdzie surowicy niestosowano, jest bardzo wysoka i wynosi 43·1%.

Behring powołuje się także na statystykę zebraną staraniem redakcyi dziennika *Deutsche medicinische Wochenschrift.* Zestawiono tam 10.312 przypadków błonicy; z nich na 5833 leczonych surowicą zmarło 9·6%, z 4479 zaś leczonych bez surowicy zmarło 14·7%. Ale między pierwszymi znajdują się przypadki wstrzykiwane w 2-gim dniu choroby a śmiertelność ich wynosi 4·2%. Gdyby więc leczenie surowicą było odpowiednio przeprowadzone, gdyby wstrzykiwano w drugim dniu wtedy, twierdzi Behring, jego nadzieje wypowiedziane przed rokiem w chwili oddania surowicy w ręce lekarzy sprawdziłyby się, nieumarłoby więcej, niż 5% chorych na błonicę a z 60.000 ludzi rocznie umierających w państwie niemieckiem na błonicę uratowanoby życie 45.000.

Ale surowica ma także znaczenie ochraniające; w tym też celu wobec coraz pomyślniejszych wyników i udowodnionej nieszkodliwości coraz częściej ją już stosują.

W drugiej części swego odczytu donosi Behring, że obecnie prowadzą się badania celem uzyskania surowicy dla cholery, tężca i gruźlicy, badania, które prawdopodobnie uwieńczone będą także pomyślnym wynikiem.

W ścisłym związku ze sprawą surowicy i jej stosowania był także odczyt prof. Bokaia (z Budapesztu) p. t.: *Czas trwania intubacyi w przypadkach wyleczonych dławca błoniczego przed stósowaniem surowicy i przy jej stosowaniu.* B. wykonał od r. 1890 do ostatnich czasów 763 intubacyj; z tego uleczono 268 przypadków. W ostatnich czasach zastósowano u 90 chorych z dławcem intubowanych także surowice i uleczono z nich 45. Z ogromnego tego materyału, ułożonego w tablice przekonywamy się, że czas od chwili intubacyi aż do ostatecznej ekstubacyi bywa bardzo rozmaity, mianowicie tubus może pozostać w krtani od kwadransa aż do 360 godzin. Średnio znajdował się tubus w krtani w czasach przed stósowaniem surowicy 79 godzin, obecnie przy stósowaniu surowicy tylko 61 godzin, przy użyciu surowicy jest więc czas pozostania tubusa o 18 godzin krótszym.

Przy tej sposobności rozstrząsa B. także ważną sprawę następowej tracheotomii. Niektórzy z pedyatrów, stósujących intubacyą w dławcu oznaczają z góry czas, w którym ma być wykonana następowa tracheotomia, a mianowicie oznaczono, że jeśli leczenie intubacyą przeciąga się po za 5 dni, t. j. 5 razy po 24 godzin, jeśli po upływie tego czasu duszność nie ustępuje, należy z obawy przed odleżyną wykonać tracheotomią. B. zapatruje się inaczej na tę sprawę; między chorymi jego, wyleczonymi z dławca za pomocą intubacyi, znajduje się więcej, niż 16% dzieci, u których ten przez innych ściśle oznaczony czas 120 godzin przekroczono, sądzi więc, że nie można w tej mierze ustanowić ogólnego prawidła, lecz, jak zawsze, należy uwzględnić także i inne okoliczności.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

L. p. 88. Z. I., lat 21, wolna z Krakowa. *Cystoma ovarii dextri liberum, cystis dermoidalis in pariete cystomatis.* Leczenie: *Ovariotomia.*

Wywiady: Nie roniła, nie rodziła. W jesieni 1890. zauważyła w dolnej części brzucha guz, który się stale powiększa.

Stan obecny: Brzuch wypukłony głównie pod pępkiem przez guz wielkości głowy dziecka, sięgający do wysokości pępka. Guz ten o powierzchni gładkiej, zbitości niejednostajnej (w górze i od strony lewej zbitości prawie chrząstkowatej, zresztą elastyczny) jest niebolesny, ruchomy we wszystkich kierunkach. Przy podniesieniu guza ku górze, można wybadać przez podatne powłoki brzuszne szypułę idącą wgłąb miednicy małej. Badanie przez pochwę wykazuje macicę prawidłową, ułożoną ku przodowi i na lewo. Przez sklepienie boczne prawe daje się wyczuć, zwłaszcza przy podnoszeniu guza powyżej opisanego szypuła idąca do prawego rogu macicy.

Dnia 5. Kwietnia po otwarciu powłok brzusznych wytoczono guz całkiem wolny na zewnątrz jamy brzusznej, podwiązano dosyć szeroką szypułę pięcioma podwiązkami

jedwabnemi przy pomocy igieł Dechampa, poczem ją ponad podwiązkami przecięto i guz oddalono. Następnie w zwykły sposób zespojono powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Dnia 15. Kwietnia wyjęto szwy brzuszne; rana zgojona *per primam.*

Dnia 29. Kwietnia chora opuszcza klinikę.

W dolnej części przedniej ściany torbielaka wypełnionego masą galaretowata znajdowała się cysta dermoidalna wielkości średniej pięści, wypełniona masą serowatą i włosami.

L. p. 92. B. A., lat 48, zamężna, ze Zwierzyńca. *Cystoma ovarii dextri ruptum. Peritonitis pseudomyxomatosa. Prolapsus vaginae posterioris. Metritis et endometritis cervicalis.* Leczenie: *Ovariotomia.*

Wywiady: Przestała miesiączkować przed 2 laty. Rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni raz przed trzynastu laty; roniła dwa razy, w trzecim miesiącu ciąży przed ośmiu i pięciu laty. Od 10 miesięcy uważa ciągłe powiększanie się brzucha nie doznając przytem żadnych przypadów.

Stan obecny: Oczy lekko zapadłe, rysy twarzy zaostrzone. Na podudziach aż do kolan obrzęki. Brzuch wypuklony przeważnie pod pępkiem przez guz rozciągający się nad spojeniem łonowem i obu pachwinami w linii środkowej do pępka, po bokach nieco wyżej. Guz ten niebolesny ma powierzchnię nierówną a konsystencyą niejednostajną. Obok guza można wykazać wolny płyn w jamie brzusznej. Badanie przez pochwę: część pochwowa znajduje się nieco niżej i bliżej spojenia łonowego, jest na pół falangi długa, twardsza. Trzon macicy prawidłowej wielkości, przebiega na lewo i ku tyłowi. Sklepienie wiotkie, wolne. Przy spychaniu guza powyżej opisanego z trudnością tylko można dosięgnąć do dolnego odcinka przez sklepienie przednie.

Dnia 11. Kwietnia przystąpiono do operacyi. Po rozcięciu powłok brzusznych wypłynęła dość znaczna ilość płynu gęstego, żółtawego. Badanie bezpośrednie wykazało, że mamy do czynienia z guzem wielkości głowy o powierzchni nierównej, guzowatej, zupełnie wolnym, za pomocą szerokiej szypuły połączonym z macicą. W górnej, przedniej części tego guza znajduje się jama wielkości pięści z wieloma zaułkami. Jama ta powstała przez pęknięcie ściany cysty i przez wylanie się treści do jamy brzusznej. Po wytoczeniu guza na zewnątrz podwiązano szypułę jego sześcioma podwiązkami jedwabnemi, poczem przecięto i guz oddalono. Z obawy przed krwotokiem podwiązano jeszcze liczne, porozszerzane naczynia na kikucie szypuły. Po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej zespojono zwykłym sposobem powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny: Już na drugi dzień po operacyi wystąpiły objawy zapalenia otrzewny, wśród której chora dnia 17. Kwietnia zakończyła życie.

Sekcya wykazała: *Peritonitis fibrinosa purulenta.* Punktem wyjścia dla sprawy zapalnej było ropienie koło górnego szwu głębokiego w powłokach brzusznych. Jakkolwiek nie myślimy się usprawiedliwiać wobec śmiertelnego zakończenia tego przypadku, gdyż przyczyna śmierci była przy sekcyi całkiem widoczna, jak niemniej punkt wyjścia dla niej, to przecież należy przypuścić, że zmiany na otrzewny *(peritonitis pseudomyxomatosa)*, które znaleźliśmy podczas operacyi, mogły się przyczynić do niekorzystnego zejścia.

L. p. 102. P. M., lat 35, wolna, z Harbutowic. *Cystis ovarii dextri partim accreta. Retroflexio uteri partim fixata.* Leczenie: *Ovariotomia et ventrofixatio uteri.*

Wywiady: Od trzech lat nie miesiączkuje. Nie roniła, nie rodziła. Od 10 lat uważa powiększanie się brzucha, które postępuje ciągle. W ostatnich miesiącach doznaje duszności i czasami bólów w krzyżach.

Stan obecny: Twarz blada, w obu oczach znaczne zmiany jaglicze. Brzuch jednostajnie wypuklony przez guz o ścianach gładkich, nie dający się ściśle odgraniczyć, elastyczny, niebolesny, okazujący wszędzie wyraźne chełbotanie. Od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 52 cm., obwód przez pępek 112 cm., od *spina anterior superior* do pępka po stronie prawej 33 cm. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, w okolicach lędźwiowych bębenkowy. Badanie przez pochwę wykazuje macicę prawidłowej wielkości, ułożoną w tyłozgięciu. Dolnego odcinka guza od strony pochwy wybadać nie można.

Dnia 5. Maja w uśpieniu chloroformowo-eterowem przystąpiono do wydalenia guza. Po rozcięciu powłok brzusznych przekonano się, że guz zajmujący całą jamę brzuszną wychodzi z prawego jajnika i że przednia jego ściana połączona jest luźnymi zrostami z przednią ścianą brzuszną. Macica ułożona w silnem tyłozgięciu jest wiotkimi zrostami przytwierdzona do tylnej ściany miednicy.

Oddzieliwszy na tępo zrosty między tumorem a ścianą brzuszną, pomniejszono guz przez wypuszczenie około 20 litrów płynu jasnego jak woda i wytoczono go na zewnątrz. Potem podwiązano szypułę pięcioma podwiązkami jedwabnymi przy pomocy igieł Dechampa i przecięto. Następnie oddzielono macicę i przyszyto ją do powłok brzusznych sposobem Czernego-Terriera, poczem zespojono jak zwykle powłoki brzuszne i założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy.

Dnia 14. Maja wyjęto szwy, rana zgojona *per primam.*

L. p. 133. K. A., lat 48, zamężna, z Jaworzna. *Inversio vaginae. Prolapsus uteri completus. Metritis universalis. Cystis ovarii sinistri libera.* Leczenie: *Operatio inversionis vaginae met. Freund. Perineorrhaphia met. Lawson-Tait. Ovariotomia. Ventrofixatio uteri met. Leopold.*

Wywiady: Rodziła raz przed 18 laty, poród i połóg prawidłowy. W krótkim czasie po porodzie zauważyła wysuwanie się pochwy ze szpary sromnej w postaci małego guzka, który się ciągle powiększając doszedł do takich rozmiarów, że obecnie przeszkadza jej w chodzeniu. Dotąd nie zasięgała rady lekarskiej. Mocz czasem oddaje z trudnością. O guzie nic nie wie.

Stan obecny: Cała pochwa sterczy na zewnątrz szpary sromnej w postaci guza wielkości prawie głowy ośmiomiesięcznego dziecka. W guzie tym można wybadać w całości macicę tyłozgiętą, do wielkości macicy w 3 miesiącu ciężarnej, twardszą. Szyjka macicy znacznie zgrubiała twarda i wydłużona. Błona śluzowa pokrywająca pochwę jest bardzo znacznie zgrubiała i sucha. Pochwę wraz z macicą bez trudności można odprowadzić. Po odprowadzeniu wejście do pochwy bardzo szerokie tak, że wygodnie można wprowadzić 4 palce; pochwa nadzwyczaj szeroka. Po odprowadzeniu pochwy i macicy można wybadać nad spojeniem guz okrągły, o powierzchni gładkiej, elastyczny, ściśle odgraniczony, sięgający od połowy odstępu między pępkiem a spojeniem łonowem, we wszystkich kierunkach ruchomy, za pomocą szypuły z lewym rogiem macicy połączony.

Dnia 9. Czerwca wykonano najpierw operacyą Freunda, zakładając trzy szwy z grubego drutu srebrnego. Następnie w narkozie chloroformowej w celu zwężenia zbyt rozszerzonej szpary sromnej wykonano *perineorrhaphiam* sposobem Lawson-Taita. Potem przystąpiono do odcięcia cysty całkiem wolnej po podwiązaniu jej szypuły w trzech porcyach przy pomocy igieł Dechampa i do przyszycia trzonu macicy do przedniej ściany brzusznej sposobem Leopolda. Po zeszyciu powłok zwykłym sposobem założono opatrunek antyseptyczny.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Rany na brzuchu i międzykroczu zgoiły się *per primam.* W skutek tylko zawczesnego (17. Czerwca) wyjęcia szwów macica nie przyrosła do powłok brzusznych, stale się jednak ku przodowi utrzymywała. Pochwa przez druty srebrne dobrze się utrzymuje i nawet przy silnem parciu na zewnątrz się nie wysuwa.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

M. Gruber: **Sposoby wykrycia sporyszu w mące i chlebie.**

Autor zarabia kilka miligramów mąki albo chleba kilkoma kroplami wody na szkiełku, nakrywa je szkiełkiem nakrywkowem a następnie ogrzewa aż do zagotowania się, przyczem skrobia wkrótce pęcznieje dostatecznie, by ją można obejrzeć dokładnie. Jeżeli skrobia nie rozpęcznieje całkowicie, co się wydarza, jeżeli się wzięło nieco więcej mąki, wtedy dodaje się na brzegu szkiełka nakrywkowego jeszcze kilka kropel wody i powtórnie gotuje. Szczątki sporyszu są budowy tak cechującej, że ich nie można pomieniać ze żadnym innym składnikiem mąki żytniej i każdy jako tako wprawny w badaniu drobnowidowem, obeznany z tkanką sporyszu, pozna ją odrazu w mące albo w chlebie badanym.

Jeżeli mąka zawiera mało sporyszu, bada się preparat w 100—120krotnem powiększeniu. Szczątki sporyszu przy tem małem powiększeniu odrazu uderzają przez silne łamanie światła (bo zawierają tłuszcz), przez barwę fiołkową przyskórka, zielonawo-żółta rdzenia i przez właściwe ząbkowane kontury. Gdy się znachodzą takie podejrzane szczątki, wtedy ogląda się je dokładniej w 300—400krotnem powiększeniu celem przekonania się, czy rozpoznanie było dobre. Im więcej nabyło się wprawy w badaniu, tem rzadziej popełnia się pomyłkę. W znaczniejszem powiększeniu ustaje wszelka wątpliwość. Miąższ sklerotyny i rurki zarodnikowe ściśle do siebie przylegające, poplątane i ze sobą zrosłe nie dadzą się zapoznać.

Jeżeli mąka zawiera dużo sporyszu, wtedy można widzieć takie szczątki w każdym preparacie i zbadać je można w kilku minutach.

Autor brał za pomocą małej łyżeczki prawie równe ilości mąki zanieczyszczonej sporyszem i znachodził przy 5, 4, 3% sporyszu w każdem polu widzenia liczne jego szczątki. Jeżeli go było w mące 2%, wtedy w każdym preparacie było takich szczątków 20—30; w 1% było ich 10—15, w 0,5% 5—6, w 0,2% 3—4, w 0,1% 1—2. Dopiero w 0,05% można je widzieć zaledwie w każdym drugim preparacie. Ma się rozumieć, że autor do podanych liczb nie przywięzuje wielkiego bardzo znaczenia, jako miary, bo oprócz ilości badanej mąki trzeba uważać także, jak miałko jest ona zmełta. W każdym razie przez porównanie można w przybliżeniu oznaczyć ilość sporyszu.

Autor uważa swoją drobnowidową próbę za równie czułą, jak najlepsze badanie kolorymetryczne a przypisuje jej tę wyższość, że można za pomocą niej badać szybko, dokładnie i to zarówno chleb, jak i inne pieczywa. *(Archiv f. Hygiene.* Tom XXIV, Zeszyt 3. i 4). *Dr. Buszek.*

E. Gotschlich: **Znaczenie higieniczne grzyba domowego.**

Autor dowiódł przez doświadczenia na zwierzętach i przez hodowanie grzyba domowego w rozmaitej ciepłocie, że nie można mu przypisać znaczenia ani trującego ani pasorzytnozakaźnego tak dla ustroju ludzkiego jak i zwierzęcego. Grzyb ten tak niebezpieczny dla drzewa, jest całkiem niewinny dla człowieka. Nie wysnuwa atoli autor ztąd wniosku, aby go w domach nie tępić. Jest on ważną higieniczną wskazówką, że istnieje nadmierna wilgoć ścian i powietrza, która może sprowadzić szkodę dla zdrowia. Z tego powodu i mieszkania z grzybem domowym uważa autor za szkodliwe zwłaszcza, że i woń gnijącego grzyba dla osób nerwowych bywa nieznośna. *(Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionkrankheiten.* Tom XX, Zeszyt 3). *Dr. Buszek.*

Choroby zakaźne.

Carasso: **Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc.**

C. podaje cztery historye chorych, u których gruźlicę stwierdził bakteryologicznie a którzy po zastosowaniu przez czas dłuższy jego metody, t. j. nieprzerwanych wdychiwań eterycznego olejku miętowego (*oleum essentiale menthae piperitae*) w połączeniu z kreozotem i forsownem żywieniem mieli ze stanu względnie groźnego powrócić do zupełnego zdrowia. (*Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde.* T. XVII. Nr. 9/10. 1895). *Ciechanowski.*

Zapiski terapeutyczne.

126. Bischof (w Augsburgu): O niepożądanych wydarzeniach po miejscowem leczeniu chorób gardła i nosa. Z postępem dyagnostyki na polu rynolaryngologii i coraz dokładniejszem określeniem wskazań terapeutycznych miejscowe procedury lecznicze stały się wcale częstemi i dały zarazem poznać niekorzystne przytem wydarzenia, na które autor w swej pracy zamierza zwrócić uwagę.

Rozpoczynając od miejscowego leczenia chorób nosa wiadomo, iż wśród natrysków (*douche*) do nosa mogą wystąpić rozmaite, niepożądane przypady. Pierwszym z nich jest i to wcale nierzadkim ciężkie zapalenie ucha środkowego. Ażeby go uniknąć, należy w natryskach do nosa przestrzegać pewnych prawideł a mianowicie nie wolno wprowadzać do nosa płynu pod zawielkiem ciśnieniem (7 cm. ciśnienia płynu wypływającego z oliwki, co najwięcej) i nie wolno pozwalać chorym podczas przepłukiwania nosa ani kaszleć ani łykać. Podczas tego rękoczynu winno się głowę chorego pochylić nieco naprzód i wpuszczać płyn do ciaśniejszej połowy nozdrzy. Po skończeniu natrysku nie wolno używać chustki do wysiąkania nosa w sposób zwykły, lecz należy wydmuchać resztki płynu pozostałego w nosie, przymykając kolejno jedną dziurkę od nosa po drugiej. Płyn użyty do przepłukania nosa powinien mieć temperaturę nieco niższą od letniej; powoli można używać temperatury coraz niższej. Woda za zimna sprawia ból, zaciepła zaś prowadzi do zwiotczenia błony śluzowej małżowin usznych.

Po przepłukaniu nosa dobrze jest zatkać uszy watą na 1 do 2 godzin.

Oliwka nie powinna zatykać dziurki od nosa całkowicie ani nie należy zbyt mocno ściskać ją w nosie a to celem uniknienia ciśnienia zawielkiego, którego mogło przezwyciężyć zamknięcie trąbki Eustachego. Również powinno się trzymać oliwkę raczej poziomo, z końcem nawet nieco na dół zwróconym, by promień wody nie uderzał o sklepienie nosa. Koncentracya płynu do przestrzykiwania nosa powinno się odmierzać ściśle, ponieważ płyny za bardzo skoncentrowane, osobliwie przetwory cynkowe i ałun mogą nawet trwale upośledzić zmysł powonienia a dostawszy się do ucha środkowego wywołać jego zapalenie.

Co się tyczy proszków, należy brać z początku słabe i wdmuchiwać niezbyt często, po proszkach bowiem zamocnych przychodzi nieraz do łzawienia utrzymującego się godzinami, nastrzykania spojówek, bólów głowy i w zakresie nerwu troistego a nawet widziano już nieraz zapalenie nosa błoniaste (*rhinitis membranacea*).

Przyżegania robi się najczęściej kwasem chromowym lub trójchlorooctowym. Pierwszy można wygodnie natopić na zgłębniku srebrnym, bacząc oczywiście, by go nie ogrzać zamocno, gdyżby powstało połączenie chemiczne wcale nieskuteczne. Po przyżegnięciu kwasem chromowym powinien chory nadmiar jego wydmuchać mocno z nosa, przymykając drugą dziurkę od nosa, resztę zaś kwasu należy wydalić przez przepłukanie 1% roczczynem sody a to z przyczyny, iż mała nawet ilość kwasu chromowego, dostawszy się do przewodu pokarmowego mogłaby wywołać ciężkie objawy otrucia. Kwas trójchlorooctowy nie jest w tej mierze tak niebezpieczny, ale kryształki jego trudno przytwierdzić nawet do rowkowanego zgłębnika i ograniczyć tym sposobem jego działanie. Dlatego radzą inni używać do przyżegania zgęszczonego roczczynu kwasu trójchlorooctowego za pomocą waty lub pomazanych nim na cienko odpowiednich narzędzi, przyczem baczyć należy, by przyżegając jedne miejsca nie przyżegnąć przeciwległych miejsc błony śluzowej, ponieważ mogłoby przyjść do rozległych zrostów błony śluzowej, osobliwie w nosach wąskich.

Ażeby zapobiedz takim zrostom, proponowano miejsca przyżegnięte powlekać maścią a następnie wkładać blaszki staniolu, powleczone maścią eurofenową lub jodoformową. Również dobrze zapobiegać zrostom przez codzienne użycie zgłębnika. To niebezpieczeństwo wytworzenia się zrostów tyczy się w wyższym jeszcze stopniu procedur galwanokaustycznych, po których przeto należy wprowadzać do nosa cienkie, stósownie przykrojone paski z kartonu, obwinięte w gazę jodoformową lub nacierać miejsca przyżegnięte zaraz po przyżegnięciu i w dniach następnych za pomocą pęczka waty mocnym (w stósunku 1 : 4) roztworem błękitu metylenowego. Bresgen uważa nawet systematyczne leczenie po galwanokaustyce za niezbędne.

Po galwanokaustyce w nosie pojawić się może nadto cały szereg zboczeń nerwowych a nawet nastąpić śmierć skutkiem zapalenia opon; pochodzi to ztąd, iż nie wie się nieraz na pewno, czy prócz obrzmienia błony śluzowej na małżowinach nie ma jeszcze zmian głębszych, jak n. p. otoku ropnego (*empyema*) w kości sitowej lub klinowej. Że również zakażenie gnilne może pojawić się po krwawych operacyach w nosie, rzecz niewątpliwa. Widziano też po takich rękoczynach różę, ropnicę, zapalenie ucha środkowego i opon mózgowych.

Jakkolwiek z powodu budowy anatomicznej nie można myśleć o dokładnej desinfekcyi nosa i jam do niego przytykających, powinno się mimo tego używać tylko narzędzi wyjałowionych lub desinfekcyonowanych i przed każdą operacyą też desinfekcyonować, ile można, wnętrze nosa.

Do desinfekcyi nadaje się najbardziej roztwór sublimatu w stósunku 1 : 4000 lub kwasu karbolowego w stósunku 2 : 100. Po operacyi dobrze jest na świeże rany wdmuchnąć proszek dermatolu lub jodoformu i zatkać dziurki od nosa watą aseptyczną. W każdym razie winien pacyent po operacyi pozostać przez kilka dni w domu a nawet później wychodząc z domu zatykać sobie dziurki od nosa watą aseptyczną.

Po operacyi w nosie pojawiają się nawet bardzo znaczne krwotoki. Można je tamować tamponowaniem, zapuszczaniem świeżego roztworu nadtlenku wodu, termokauterem. Tamponów nie powinno się zostawiać dłużej na miejscu, niż przez 24 godziny. Jeżeli już przed operacyą było ropienie, najlepiej w celu tamowania krwotoku nie tamponować ze względu na niebezpieczeństwo zatrzymania wydzieliny.

Zatrucia kokainą nie są bynajmniej pospolite; zdarzają się jednak i mimo największej ostrożności, ponieważ niektóre osoby są na kokainę nadzwyczaj wrażliwe. Dlatego autor zaleca do pomazywania tylko 10% roztwór kokainy a do podskórnych wstrzykiwań, co najwięcej 2 centygramy tego środka.

Co się tyczy operacyj w gardle, to najniebezpieczniejszem zdarzeniem po wycięciu migdałków jest krwotok. U dzieci krwotok jest nadzwyczaj rzadki i dlatego można u nich wycinać migdałki bez żadnej obawy; natomiast u dorosłych obawiać się trzeba niebezpiecznych nawet dla życia krwotoków w razie stwardnienia tętnic i krwawiączki (*haemophilia*). Dlatego w tych chorobach i u ludzi bardzo podeszłych nie należy wycinać migdałków a u dorosłych w ogólności trzeba mieć w pogotowiu w razie wycinania migdałków roztwór półtorachlorku żelaza, tampony, nici i igły do okłucia kikuta, termokauter a nawet właściwe uciskadło (*compressorium*).

Przy operacyach w krtani są przypady nieprzyjemne lub niebezpieczne bez porównania rzadsze. Przy użyciu n. p. pędzla może paść kropla na fałd międzynalewkowy (*plica interarytaenoidea*) i wywołać gwałtowny kurcz głośni, który wszakże zwykle rychło przemija i na który najlepiej poradzić choremu, by mocno kaszlnął. Jeżeliby wpadł pędzel lub gąbka do tchawicy, coby mogło zresztą zdarzyć się tylko przy grubej nieuwadze na narzędzia, winien chory naprzód westchnąć głęboko a następnie mocno kaszlnąć. W ostateczności trzebaby zrobić tracheotomią. Pamiętać także należy, że w krtani nie wolno używać zamocnych roztworów leków żrących, mianowicie azotanu srebrowego, ponieważ przez obrzmienie mogłoby przyjść do niebezpieczeństwa uduszenia się chorego. (*Therapeutische Monatshefte.* Wrzesień i Październik 1895).

127. H. Naegeli-Akerblom (w Rüthi): Zęby a wody do ust. Gdy dawniej dla wód do ust uważano za rzecz najgłówniejszą, by oddechowi odbierały woń nieprzyjemną a zęby utrzymywały białemi, z nastaniem antyseptyki zaczęto do wód do ust używać i środków przeciwgnilnych tembardziej, iż próchnienie (*caries*) zębów polega na działaniu drobnoustrojów. Z początku używano płynnych środków przeciwgnilnych, co jednak napotykało na bardzo wielkie trudności, ponieważ największa część środków wybitnie antyseptycznych do jamy ustnej albo całkiem nie da się zastósować albo tylko w bardzo znacznem roztworzeniu. Wreszcie odpada wiele substancyj antyseptycznych dla swej woni lub smaku. Z tej przyczyny nie łatwo o wodę do ust o wybitnem działaniu antyseptycznem.

W ostatnich czasach zaczęto używać nierozpuszczających się w wodzie środków antyseptycznych, jak mianowicie 1% wyskokowego roztworu salolu, który stanowi także główny składnik tak wszędzie teraz reklamowanego odolu.

Odol zrobiony jest według następującego przepisu:

Rp.	*Saloli*	3·50
	Alcoholi (95%)	90·00
	Aquae destil.	4·00
	Saccharini	0·20
	Olei menthae pip. guttas	40
	„ *anisi*	
	„ *foeniculi aa guttas*	6
	„ *caryophyllorum guttas*	2
	„ *cinnamonii guttam*	1

Dziwną jest rzeczą, że dotychczas badano tylko wpływ środków desinfekcyjnych na drobnoustroje w jamie ustnej, nie badano zaś ich działania na sameż zęby i jamę ustną.

Bardzo ścisłemi doświadczeniami w tej mierze zajęli się dopiero Hefelmann w Dreźnie i autor, który badał zachowanie się zębów zdrowych i spróchniałych względem rozmaitych środków przeciwgnilnych i wód do ust, oznaczając ciężar zębów przed doświadczeniem i po doświadczeniu.

Z poszukiwań tych wypada, że ze środków obecnie używanych nie ma ani jednego, któryby był dla zębów nieszkodliwym, rozumie się z zastrzeżeniem, iż doświadczeń w tym względzie dokonano poza ustrojem. Zważywszy atoli, jak krótko wszelkie środki przeciwgnilne i wody do ust pozostają w jamie ustnej, jak prędko mnożą się w jamie ustnej drobnoustroje, wnosić należy, że ich działanie przeciwgnilne schodzi prawie do zera. Głównie przeto w wodach do ust chodzić musi o to, by zębom nie szkodziły a zarazem odwaniały, do czego pomaga swoją drogą wyczyszczenie zębów szczoteczką i wodą. I cena wchodzić powinna w rachubę, bo nie należy płacić n. p. za odol dwie marki, skoro taż sama ilość 3% roztworu wyskokowego salolu z dodatkiem sacharyny i pewnej ilości olejków lotnych kosztuje około 80 feników a działa tak samo. (*Therapeutische Monatshefte.* Październik 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

XI. Posiedzenie naukowe dnia 4. Października 1895 r.

Przewodniczący Dr. Festenburg. — Członków obecnych 35.

1) Przewodniczący, przedstawiwszy nowych członków, koll. Becka, Niemiłowicza i Rozłuckiego wezwał obecnych, by przez powstanie uczcili pamięć zgasłego prof. Oettingera.

2) Kol. Ziembicki okazał preparat z ropnia za życia rozpoznanego i punktowanego w III. zwoju skroniowym. Punkcya z powodu gęstości ropy nie dała rezultatu i chory zmarł.

W dyskusyi zabierali głos kol. Wehr i prelegent.

3) Kozierowski: *O gastrodyafanii* (prześwietlaniu żołądka) z demonstracyą przyrządu.

Prelegent zwraca uwagę na zasadnicze różnice pomiędzy gastroskopią a gastrodyafanią, ponieważ obie te metody, zupełnie się różniące od siebie bywają czasem uważane za podobne a nawet za te same. Metoda prześwietlania żołądka wymaga bardzo dużo cierpliwości ze strony lekarza i chorego, odpowiedniej wprawy w szermowaniu tym przyrządem, wielokrotnego badania tego samego indywiduum, rysowania na powłokach brzusznych granic prześwietlonych narządów, co wszystko w krótkiej chwili i na jednem posiedzeniu uskutecznić się nie da i z tego to powodu przedstawienie funkcyi tego przyrządu może mieć dla dużej liczby patrzących ograniczoną tylko wartość, t. j. poznajomienie się z samą metodą z grubsza, tem bardziej, że w braku odpowiedniego chorego prelegent musi przedstawić działanie gastrodyafanonu na osobie zdrowej o dość jędrnych powłokach brzusznych, co w tych badaniach jest najważniejszą przeszkodą. Następuje obszerne przedstawienie początków i rozwoju tej metody, zacząwszy od r. 1867, w którym lekarz francuzki Milliot sporządził prosty przyrząd i za pomocą niego prześwietlał żołądki zwierząt. Następnie streszcza prelegent prace Einhorna, Reichmana i Heryng, Kuttnera i Jacobsohna a wreszcie Melzinga. Za pomocą tej metody udaje się czasem bardzo pewnie rozpoznać sprawę. Przeświecanie przyczyniło się do wykazania anatomicznych różnic pomiędzy gastreptozą z jednej a gastrektazyą i megalogastryą z drugiej strony. Prelegent zwraca uwagę, że wielu z wyników, które różni autorowie otrzymali za pomocą tej metody, we własnych badaniach nie spotkał, przyznaje jednak, że duże ilości wody wlane do żołądka przed badaniem ułatwiają je i zwiększają rezultaty. Raz udało mu się rozpoznać gastroptozę, raz gastrektazyę w następstwie zwężenia nowotworowego odźwiernika a wreszcie bardzo pouczający przypadek marskości wątroby; więcej doświadczenia w tym względzie nie ma. Metoda ta ma znaczenie pomocnicze dla innych metod rozpoznawczych a powodzenie w badaniu zależy przedewszystkiem od cienkości powłok brzusznych i mocy lampki elektrycznej. (Streszczenie własne).

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll. Pisek, Wechsler, Winkowski, Ziembiński, Obtułowicz i prelegent. Sekretarz: *Uhma.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 24. Października 1895 r.

— W dniu 23. b. m. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Sroczyński przedstawił chorego z pierwotnym wrzodem kiłowym spojówki oka. W dyskusyi zabierali głos koll. Borzęcki i Reiss; następnie kol. Ludomił Korczyński przedstawił dwa przypadki z kliniki wewnętrznej. W dyskusyi zabierali głos koll. Sroczyński, Domański, Wiszniewski i prelegent.

— Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w dniu 21. Października b. r. odbytem 1) przedstawił Dr. Krzyształowicz przypadek wybitny rybiej łuski (*ichthyosis*). 2) Dr. Dwernicki przedstawił chorą, w której prof. Obaliński wykonał równocześnie resekcyę żołądka i resekcyę części jelita grubego poprzecznego z powodu raka. 3) Dr. Wachtel przedstawił przypadek przeszczepienia mięśnia wyprostnego palucha na mięsień strzałkowy długi, operowany przez prof. Obalińskiego metodą Drobnika.

— W Krakowie zawiązało się Kółko medyków Wszechnicy Jagiellońskiej i uzyskało zatwierdzenie swego statutu. Celem jego jest: rozbudzać między członkami ruch i życie umysłowe, ułatwiać im zawodowe kształcenie się, utrzymywać życie koleżeńskie a zarazem ćwiczyć się fizycznie. Członkami zwyczajnymi są zwyczajni i nadzwyczajni słuchacze Wydziału lekarskiego, przyjęci przez Komitet Kółka a uiszczający miesięcznie po 50 centów prócz 50 centów wpisowego. Członkami wspierającymi mogą być profesorowie, docenci i asystenci Uniw. Jagiel., którzy składać będą na rzecz Kółka po 5 złr. rocznie. Członków honorowych z grona profesorów mianuje Walne Zgromadzenie na wniosek Komitetu Kółka. Kuratorem Kółka jest obecnie prorektor, profesor Browicz.

— W roku akademickim 1894/5 liczył Wydział lekarski w Warszawie 454 studentów; uzyskało w nim stopień lekarza 62, tytuł lekarza powiatowego 12, stopień dentysty 3, lekarza dentysty 45, doktora medycyny 2.

— Pewien dziennik lekarski francuski podał niedawno jako rzecz godną uwagi pod względem higienicznym, że w Wieliczce istnieje całe miasto podziemne w kopalniach z ratuszem, salami na zebrania towarzyskie, kościołem, teatrem, dobrze zniwelowanemi ulicami, obszernemi placami oświeconemi elektrycznością i ludnością 1000 głów, w której znajduje się wiele rodzin, których członkowie od kilku generacyj nie wyszli na powierzchnię ziemi, dodając do tego ostatniego szczegółu na szczęście znak zapytania, i widzi w tem dowód siły konserwacyjnej chlorku sodu (*ce qui prouve une fois de plus la force de conservation du chlorure de sodium!*) Nie ma co mówić, ale dobra informacya o najsławniejszych kopalniach na kuli ziemskiej, odwiedzanych licznie przez turystów prawie z całego świata cywilizowanego.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, nrze 42. A. Łogucki: Przyczynek do etyologii ropnia okołomigdałkowego. W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gartner'sche Fettmilch*) (c. d.). Z. Kramsztyk: Czy medycyna nauką jest czy sztuką? — W *Medycynie*, nrze 42. W. Ołtuszewski: Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (c. d.). H. Oderfeld: O gastrostomii sposobem Witzela. — *W Nowinach lekarskich*, zeszycie październikowym: M. Misiewicz: Drobnoustroje dróg moczowych u mężczyzn. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.